

La suspension par les pieds pour
la réduction de certaines fractures
des membres inférieurs et la confection
de certains appareils plâtrés

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

par

Jean JOUVE

Interne de l'Hôpital d'Aix-en-Provence

EN VUE D'OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse { MM. ETIENNE, Professeur, Président
BERT, professeur
LAPEYRIE, Professeur
NÈGRE, Professeur

} Assesseurs

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE & CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette
MONTPELLIER

1950 - 1951



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555602_0082

La suspension par les pieds pour
la réduction de certaines fractures
des membres inférieurs et la confection
de certains appareils plâtrés

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

par

Jean JOUVE

Interne de l'Hôpital d'Aix-en-Provence

EN VUE D'OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la thèse	{	MM. ETIENNE, Professeur, Président	{	Assesseurs
		BERT, professeur		
		LAPEYRIE, Professeur		
		NÈGRE, Professeur		

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE & CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette
MONTPELLIER

1950 - 1951

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie
Histologie
Physiologie
Physiologie appliquée.
Chimie biologique médicale et toxicologie
Physique médicale.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale ...
Microbiologie
Hist. naturelle méd., parasitol. et méd. exotique
Pathologie, et thérapeutique générales
Thérapeutique et clinique des maladies infectieuses ..
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Hygiène
Médecine légale et médecine sociale
Technique opératoire et chirurgie expérimentale.
Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales ...
Pathologie et clinique propédeutique médicales.
Clinique médicale
—
Clinique chirurgicale
—
Clinique obstétricale
Clinique des maladies mentales et nerveuses
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge
Clinique de dermato-syphiligraphie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.
Clinique urologique
Clinique gynécologique.
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-lar. et Chir. maxillo-faciale
Clinique de la tuberculose
Électro-radiologie

Professorat à titre personnel:

Histologie et embryologie

Chargé de cours:

Propédeutique médicale

MM. LAUX.
TURCHINI, <i>assesseur.</i>
HÉDON.
LOUBATIÈRES.
CRISTOL.
PECH.
BAUMEL.
CARRÈRE.
HARANT.
PAGÈS.
JANBON.
BERT.
CARRIEU.
FOURCADE.
LAPEYRIE.
MOURGUE-MOLINES.
PUECH.
GIRAUD, <i>doyen.</i>
BOULET.
LAPEYRE.
AIMES.
CADERAS DE KERLEAU.
LAFON.
CHAPTAL.
MARGAROT.
ÉTIENNE.
TRUC.
ROUX.
DEJEAN.
TERRACOL.
VIDAL.
LAMARQUE.

GRANEL.

P. RIMBAUD.

Professeurs honoraires

MM. GALAVIELLE, VIRES, VILLARD, GRYNFELT, RICHE, L. RIMBAUD,
BOUDET, EUZIÈRE, J. DELMAS.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie BÉNÉZECH, <i>m. de c. agr.</i>	Path. respiratoire BALMÈS, <i>agrégé.</i>
Anatomie pathol. . CAZAL, <i>agrégé.</i>	Neuro-chirurgie . GROS, <i>agrégé.</i>
Pharmacologie .. HARANT, <i>prof.</i>	Chir. de la tub. . . MOURGUE-MOLINES, <i>professeur.</i>
Pharm. et thér. . . SERRE, <i>agrégé.</i>	Clin. gast-ent. . . BAUMEL, <i>prof.</i>
Pathol. expérim. PASSOANT, <i>m. de c. agr.</i>	Pathologie chir. . JOYEUX, <i>agrégé.</i>
Thérapeutique .. PASSOANT, <i>m. de c. agr.</i>	— — NÈGRE, <i>agrégé.</i>
Pathol. médicale . BOUCOMONT, <i>ag. libre.</i>	Obstétrique COLL DE CARRERA, <i>agrégé libre.</i>
— — SERRE, <i>agrégé.</i>	

Maîtres de conférences et agrégés en exercice

MM.	MM.
Chimie BÉNÉZECH, <i>m. de c. agr.</i>	Médecine CAZAL, <i>m. de c. agr.</i>
Microbiologie ... RENOUX, <i>m. de c. agr.</i>	Médecine expér. . . PASSOANT, <i>m. de c. ag.</i>
Médecine SERRE.	Chirurgie JOYEUX.
— BALMÈS.	— NÈGRE.
	Neuro-chirurgie . GROS.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur ÉTIENNE

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Infantile et d'Orthopédie.*

*Qui nous a inspiré notre sujet de
Thèse et qui n'a cessé de nous prodiguer
ses conseils si précieux au cours de la
réalisation de ce travail.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
profonde reconnaissance.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

Monsieur le professeur J.-A. BERT

Professeur d'hydrologie

Monsieur le professeur agrégé LAPEYRIE

Monsieur le professeur agrégé NÈGRE

*Nous avons été très sensible à toutes
les marques de sympathie dont ils
ont bien voulu nous honorer.*

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL D'AIX-EN PROVENCE

à Monsieur le docteur Pierre LATIL

*qui a fait faire nos premiers pas en
médecine et n'a eu de cesse de vouloir
compléter notre formation avec une
attentive amitié.*

à Messieurs les docteurs MARGAILLAN, BIANCHI et RICARD

*dont nous avons été l'Interne et
au contact desquels nous avons beau-
coup appris.*

*Nous sommes heureux de leur exprimer
ici toute notre gratitude.*

A MES PARENTS

*en témoignage de mon affectueuse
gratitude pour tous les sacrifices
consentis.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE L'HOPITAL D'AIX

*dont la sympathie et l'esprit nous
ont laissé de joyeux souvenirs.*

LA SUSPENSION PAR LES PIEDS POUR LA RÉDUCTION DE CERTAINES FRACTURES DES MEMBRES INFÉRIEURS ET LA CONFECTION DE CERTAINS APPAREILS PLATRÉS

INTRODUCTION

Le titre de notre thèse donne toute précision quant à l'objet de celle-ci. Cette méthode permet de réaliser une bonne réduction grâce à une extension continue, équilibrée et généralement bien supportée.

Elle supprime et dégage tous les points du corps sur lesquels seront modelés les appareils, en particulier le périnée, point d'appui de toute contre-extension.

Un bref rappel des principes de l'extension continue, habituellement employée dans les réductions de fractures mettra en évidence ce qu'ils ont de défectueux.

La présentation du matériel utilisé pour la suspension par les pieds, la description de la technique, ses avantages, suivront ce premier chapitre.

L'extension continue et ses défauts :

La méthode de l'extension continue permet à la fois la réduction et la contention des fractures. La réduction est obtenue par une traction permanente selon l'axe du membre, afin d'annuler la contraction musculaire.

Cette extension continue est soit unipolaire et dans ce cas la contre-traction est faite par le poids du corps, soit bipolaire, lorsque le point d'appui est pris simultanément sur les deux épiphysaires.

Pour les fractures du membre inférieur, qui constituent l'essentiel de notre thèse, on utilise :

Soit le type unipolaire :

— avec des appareils prenant point d'appui sur les téguments ; extension type Tillaux, dans laquelle la traction s'exerce par des bandes adhérentes à la peau ;

— avec des appareils à point d'appui sur les surfaces osseuses ; le type en est la cravate de Hennequin ;

— avec des appareils à point d'appui transosseux ; type broche de Kirchner.

Soit le type bipolaire :

Très utilisé pour les fractures de cuisse. Le type en est l'attelle de Thomas-Lardennois dans laquelle la traction prend appui sur les téguments par des bandelettes adhésives, se réfléchissant en étrier sur une planchette.

La contre-extension est réalisée par un anneau qui prend appui sur l'ischion et la branche ischio-pubienne.

Toutes ces méthodes présentent, pour la réduction surtout, *quelques inconvénients*.

En effet, l'extension portant sur un seul membre est mal équilibrée et il en résulte souvent une bascule du bassin. En outre, dans le cas d'extension bipolaire, les régions périnéales et ischiatiques qui sont les points d'appui de la contre-extension ne seront pas libérées ; il en résultera des difficultés pour réaliser l'appareil plâtre.

Enfin, la pression exercée sur le bassin par la tige du pelvi-support, pour réaliser la contre extension est souvent douloureuse.

C'est dans le but de remédier à ces inconvénients que le Professeur Etienne utilise la Suspension par les pieds.

LE MATÉRIEL

Description de la table basculante : (Voir photographies)

La table basculante comprend deux parties :

- Le bâti ;
- La partie basculante.

a) Le bâti :

Le bâti est constitué par des tubes de 3,5 cm. de diamètre, disposés surtout dans le grand axe de la table, afin de dégager autant que possible le petit côté et de permettre la pratique aisée des contrôles radiographiques.

Il comprend un cadre rectangulaire de 135 cm de long, sur 70 m de large et qui est placé à 26 cm du sol.

Les deux tubes longitudinaux qui entrent dans la constitution de ce cadre sont recourbés vers le bas. A chacune de leurs extrémités est une roue mobile dans tous les sens.



I. — Photographie de la table basculante dans la position horizontale



2. — Photographie de la table basculante en position verticale ;
on voit les colliers d'attache fixés à la barre transversale de l'appareil.



3. — Une malade suspendue par les pieds ; les planchettes qui forment le plancher ont été enlevées

Sur cette base sont fixés, de chaque côté, sur les tubes longitudinaux, deux autres tubes de même diamètre : un vertical est fixé par soudure autogène à 55 cm de l'une des extrémités, l'autre oblique ; celui-ci est fixé par soudure autogène également, à 25 cm de l'autre extrémité. Les deux tubes, verticaux et obliques, de chaque côté sont réunis à 90 cm du sol et supportent un axe transversal.

A chaque extrémité de cet axe est placée une mâchoire ; et à l'intérieur de ces mâchoires se déplace un tube en forme d'arc de cercle et solidaire de la partie mobile.

Il peut être bloqué à l'aide d'un levier et permet de fixer la partie mobile soit en position horizontale, soit en position verticale, soit en position intermédiaire.

b) La table basculante :

La partie basculante est constituée par un cadre métallique de 190 cm de longueur et de 60 cm de largeur. Il présente une rigidité absolue.

A l'autre extrémité, c'est-à-dire à 110 cm de l'axe de rotation est disposée une barre transversale, fixée au cadre basculant par deux fers pleins et surélevée de 10 cm par rapport à ce cadre supposé horizontal.

A cette barre transversale est fixé le dispositif nécessaire à la suspension par les pieds.

Au cadre basculant sont fixés deux tubes en forme d'arc de cercle (de demi circonférence) dont l'épaisseur, inférieure à celle des autres tubes, est voisine de 2 cm. Ces tubes passent dans les mâchoires fixes dont nous avons parlé précédemment.

Le levier permet, grâce aux mâchoires, de bloquer ces tubes, donc le cadre basculant en position horizontale, verticale ou oblique.

Le plancher de la partie basculante est constitué par des planches en contre-plaqué très solide. Ces sept planches sont amovibles et fixées contre le cadre par des papillons.

Il est facile d'enlever chacune d'entre elles et de laisser dans le vide la partie du malade sur laquelle doit être appliqué l'appareil plâtré.

Dispositif de la suspension :

Il comporte deux parties métalliques qui coulisent sur l'axe et que l'on peut bloquer.

Chacune est munie d'un crochet pour les courroies de suspension.

La suspension est assurée par un dispositif spécial, qui entoure la partie inférieure de la jambe et de la région malléolaire.

Il est constitué par une gaine tronconique en cuir solide et doublé d'une forte épaisseur de feutre, qui évitera toute douleur. Sur les faces latérales de la gaine sont fixés deux anneaux à chacun desquels sont fixées deux courroies très résistantes.

De la solidité de l'ensemble il résulte qu'aucun accident n'est à craindre.

Une légère modification du dispositif ci-dessus décrit permettra d'augmenter la distance qui sépare la région lombaire du malade dans la position verticale, de la barre transversale qui correspond à ce point.

TECHNIQUE DE LA SUSPENSION PAR LES PIEDS

Nous prendrons comme exemple le cas d'une fracture de la diaphyse fémorale.

I. — Fixation du blessé sur la table en vue de la réduction de la fracture.

La fracture est déjà immobilisée d'une façon provisoire, le plus souvent à l'aide d'un appareil de Thomas.

L'extension continue à l'aide d'adhésifs est en place et appliquée suivant la technique habituelle après minutieuse désinfection de la peau. Les adhésifs remontent largement sur la cuisse.

1^o Mise en place du jersey qui va engainer l'abdomen jusqu'au bas du thorax. Ce jersey est passé par le haut du corps.

2^o Le blessé mis sur la table (en position horizontale) est débarrassé de l'attelle de Thomas, avec les précautions habituelles, de façon à assurer l'immobilisation des fragments osseux.

La contre-extension est réalisée par un aide, placé derrière la tête du blessé, les mains engagées dans les creux axillaires de celui-ci...

Le chirurgien, avant que ne soient détachés les tubes de caoutchouc qui assurent l'extension continue, saisit la planchette formant étrier et assure l'extension pendant que l'appareil de Thomas est ôté.

Avec les précautions habituelles pour ne jamais relâcher l'extension, un jersey est passé qui engainera la cuisse et la moitié de la jambe.

Les colliers rembourrés, destinés à enserrer solidement la partie inférieure de la jambe et du cou du pied sont alors soigneusement mis en place.

La contre-extension maintenue par l'aide, la table est basculée doucement jusqu'à la verticale.

II. — Réduction.

A partir de ce moment-là, c'est le poids du corps qui réalise l'extension. Le blessé est laissé dans cette position, tête en bas, un temps suffisant pour que soit vaincue la résistance musculaire et que la réduction de la fracture soit opérée.

Pendant ce temps on enlève les planchettes amovibles pour libérer complètement les membres inférieurs et au moins les deux tiers du tronc.

A l'aide de la radioscopie et de la radiographie on suit les progrès de la réduction.

L'appareil n'est confectionné que lorsque la réduction est satisfaisante.

III. — Mise en place de l'appareil de contention.

L'appareil de contention comprend :

1° Une partie plâtrée

qui va engainer le bassin, l'abdomen, la partie inférieure du thorax et naturellement la cuisse du côté fracturé.

2° Un dispositif d'extension continue

constitué par un étrier en feillard ou de forme identique à l'appareil de Thomas et dont la partie fémorale sera fixée par des bandes plâtrées sur la partie fémorale de l'appareil plâtré. L'extrémité pédieuse de cet étrier doit être à 30 cm de la planchette fixée dans les adhésifs d'extension ; afin que la traction par le tube en caoutchouc qui ira de la planchette à l'extrémité du feillard soit efficace.

1° Confection de l'appareil plâtré.

Sous le jersey on place un coussinet garde-manger et des pare-chocs. Ce sont des tubes de jersey dans lesquels on a glissé une mince épaisseur de coton cardé écru. Ces pare-chocs sont disposés sur les crêtes iliaques et sur la ligne des apophyses épineuses.

On dispose en outre un autre pare-choc, véritable matelas de coton écard écru entouré par de la gaze, destiné à entourer la base du thorax et l'abdomen au-dessus des crêtes iliaques. Ce pare-choc, l'expérience, l'a appris, est indispensable. Dans la position verticale, tête en bas, par suite de l'allongement du tronc, la circonférence abdomino-thoracique diminue et le retour à la position horizontale entraîne une compression légère, mais désagréable, par l'appareil plâtré. Cette compression obligeait parfois, au début, à fendre le plâtre dans sa moitié supérieure abdomino-thoracique. La mise en place de ce pare-choc, que l'on retire une fois que l'appareil a fait prise, a permis d'éviter cet incident.

Le plâtre est ensuite confectionné, en général avec des bandes de 20 cm de large.

Un point très important dans la confection de l'appareil plâtré est la partie de l'appareil qui doit prendre point d'appui sur l'ischion du côté fracturé. C'est en effet sur cet ischion que va porter l'effort de contre extension ; à ce niveau l'appareil plâtré ne doit pas s'arrêter en quelque sorte brusquement. Il doit être soigneusement moulé, de façon à présenter une courbe douce et un véritable plateau constituant un large point d'appui.

Aucune particularité pour la façon de dérouler les bandes qui ne doivent, cela va sans dire, jamais comprimer.

2° L'appareil plâtré ayant fait prise, on fixe l'étrier en feuillard. Le feuillard a été sectionné et façonné à la longueur nécessaire ; c'est un appareil de THOMAS moins l'ovale supérieur ; la branche externe est naturellement plus longue que la branche interne. Celle-ci ne remontera pas tout à fait jusqu'à l'appui ischiatique. A cet étrier on ajoute une sorte de pied support en forme de trapèze, à grande base inférieure et qui sera fixé à la partie inférieure de l'étrier.

A peu près au même niveau on place, en forme d'arc de cercle, un feuillard destiné à empêcher que le poids des couvertures ne vienne exercer une pression fâcheuse sur les pieds du malade.

Sans modifier en quoi que ce soit le dispositif d'attache, il est aisé de mettre en bonne place ce grand étrier en feuillard et de le fixer avec des bandes plâtrées sur la partie fémorale de l'appareil.

On termine :

— en plaçant un hamac sur lequel reposera la jambe ;

— en fixant le caoutchouc de traction d'une part à l'attache en cerf-volant de la planchette étrier et d'autre part à l'extrémité du feuillard.

L'extension en bonne place et le plâtre échancré comme il convient, on remet les planchettes de la table et l'on ramène doucement celle-ci dans la position horizontale. Les colliers sont alors détachés.

Dans les fractures du tibia : règle générale, il s'agit d'appliquer un appareil de marche de Delbet.

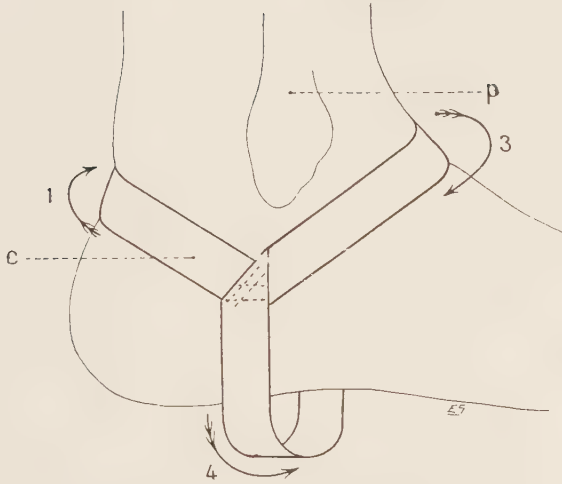
Les précautions à prendre sont exactement les mêmes, mais ici le collier rembourré du côté fracturé est remplacé par un collier de Delbet dont nous rappelons la description telle qu'elle est faite dans le livre du professeur ÉTIENNE :

Traitement des fractures par le praticien, — Masson 1927.

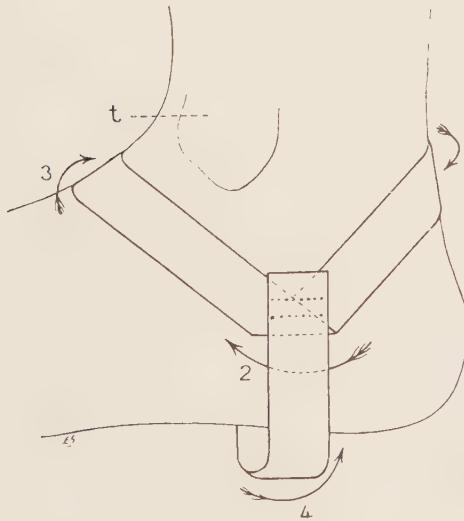
« Collier et étrier de traction.

« Prendre une bande de toile d'environ 5 cm de large et de 50 de long. Appliquer une de ses extrémités au-dessous de la malléole externe. Faire passer la bande sur la face postérieure du cou de pied, juste au-dessus de la saillie du calcaneum. Arrivé au-dessous de la malléole interne, faire un renversé, de telle sorte que le collier décrive un V largement ouvert embrassant la malléole interne. Passer ensuite sur la face dorsale du pied et rejoindre par le plus court chemin le chef initial sous la malléole externe. Là, faire un deuxième renversé et donner à la bande une direction horizontale, le malade étant couché.

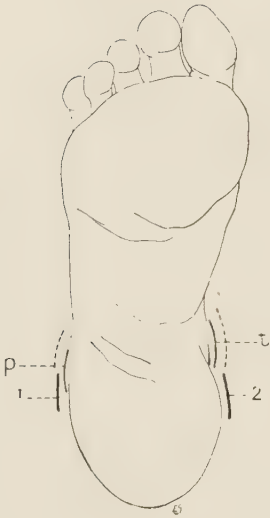
« Avec une aiguille et du fil écru très résistant on solidarise ce renversé avec le chef initial, de telle sorte qu'au-dessous de la malléole externe le collier forme un deuxième V largement ouvert vers la jambe.



Collier et étrier d'extension (face externe)
c. chef initial. — p. malleole péronière. —
1, 2, 3, 4, sens dans lequel est placée la bande.



Collier et étrier d'extension (face interne)
1, 2, 3, 4, sens dans lequel est placée la bande;
t. malléole tibiale.



Collier et étrier d'extension (face plantaire)
t, place de la malléole tibiale — p, place de la
malléole péronière — 1, point de jonction ex-
terne — 2, point de jonction interne du collier
et de l'étrier — En pointillé, mauvaise position
des renversés.



Points de l'étrier qu'il convient de fixer au
crochet de traction.

— 1. Point d'attache préférable (léger varus
du pied.)

— 2. le pied n'est ni en varus ni en valgus.

— 3. le pied est porté en valgus (à déconseiller)

« Le chef terminal, après avoir décrit au-dessous de la plante du pied une anse en forme d'étrier, va rejoindre le premier renversé sous la malléole interne. Une deuxième couture réunit solidement l'un à l'autre le chef terminal et le premier renversé.

« L'étrier de traction est terminé.

« Deux points sont à retenir dans la confection de cet étrier :

« 1^o La traction doit s'exercer surtout par l'intermédiaire de l'anse postérieure sus calcanéenne, afin que le pied soit mis en flexion. Pour cela il est nécessaire que le plan horizontal par lequel passe l'étrier, soit au-dessous du plan horizontal passant par les malléoles (le malade étant couché). Il faut donc avoir grand soin de placer les deux renversés, et par conséquent les deux coutures, un peu en arrière de la pointe des malléoles.

« 2^o Le pied doit être placé en rotation externe légère. Pour cela, il faut que le chef interne et le chef externe de l'étrier ne soient pas au même niveau. Le chef interne doit être sur un plan plus postérieur (par rapport au pied) que le chef externe. Si c'était l'inverse, le pied se déplacerait en rotation interne. »

La fracture réduite, on place sans difficulté l'appareil de marche de Delbet. Quand l'appareil a fait prise on ramène le malade dans la position horizontale.

Cas d'une Coxalgie à immobiliser, qu'il y ait ou non intervention chirurgicale.

Le dispositif est exactement le même que celui que l'on utilise pour les fractures de cuisse et la technique est la même : association du plâtre et de l'extension continue.

AVANTAGES

1^o L'extension est équilibrée parce qu'elle porte sur les deux membres inférieurs et non sur un seul. Il n'y a donc pas de bascule du bassin.

2^o Elle est beaucoup mieux supportée, en particulier lorsqu'il s'agit d'une fracture du tibia ; il suffit de rappeler que lorsqu'on applique l'appareil de Delbet, soit dans la position horizontale, soit jambe pendante, la traction par le collier est assez douloureuse.

3^o Dans la position horizontale la contre-extension est assurée par la tige fixée sur le pelvi-support et qui appuie sur le périnée.

Quand on réalise une extension suffisante, donc très forte, la pression de cette tige verticale est douloureuse. De plus la tige ainsi placée appuie sur l'ischion et ne permet pas de modeler l'appareil plâtré sur celui-ci.

On supprime le point d'appui indispensable pour qu'un plâtre maintienne correctement une fracture de cuisse, même quand on associe à ce plâtre l'extension continue. Au contraire, dans la position verticale tête basse, le périnée est dégagé ; on peut modeler avec la plus grande facilité l'appareil sur la région ischiatique.

4° Le contrôle radiographique est plus facile.

5° La confection du plâtre est d'une grande facilité ; tous les segments du corps sur lesquels il est placé sont absolument libres ; on déroule les bandes sous le contrôle de la vue.

On peut ensuite, au moment de la prise du plâtre, faire des échancrures utiles pour libérer les orifices naturels si c'est nécessaire, sans mobiliser le blessé.

Cette technique présente donc des avantages incontestables sur les méthodes ordinaires d'extension non sanglantes.

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications à l'emploi de cette technique sont de deux sortes :

— Elles tiennent à l'âge et à l'état des malades. Il est incontestable qu'il faut que le blessé soit en état de supporter cette position verticale ; à vrai dire, l'âge passe en second lieu, car des personnes de 70 à 72 ans ont pu supporter très bien, pour la confection de certains appareils, cette position.

Mais nous le répétons, l'état général ou l'état de certains organes peuvent être une contre-indication.

— Une contre-indication relative : c'est le jeune âge ; il faut en effet que la contre-extension réalisée par le poids du corps soit suffisante.

Chez les petits enfants, le poids du corps n'est pas suffisant pour réaliser la réduction d'une fracture. Dans ce cas, on peut suppléer à l'insuffisance du poids du corps en ajoutant un poids accroché à l'aide de bandes sous les aisselles et suffisant pour obtenir le degré d'extension nécessaire à une bonne réduction.

CONCLUSIONS

La suspension par les pieds sur une table basculante, le malade étant mis dans la verticale, tête en bas, est une méthode logique qui permet dans les meilleurs conditions :

1° de réduire les fractures fermées du fémur et du tibia et d'appliquer les appareils de contention nécessaires : appareil seul (appareil de marche de Delbet pour le tibia) ou appareil plâtré associé à l'extension continue pour les fractures du fémur.

Elle permet aussi de confectionner avec la plus grande simplicité et la plus grande exactitude des appareils plâtrés tels que ceux utilisés pour les coxalgies.

2° Elle assure une extension équilibrée portant sur les deux membres inférieur (pas de bascule du bassin).

3° Elle libère complètement la région périnéale et supprime de ce fait la pression douloureuse résultant parfois de la tige du pelvi-support sur laquelle appuie le bassin en même temps qu'elle permet de modeler exactement l'appareil plâtré sur la peau qui recouvre l'ischion. L'appui, sur cette saillie osseuse est indispensable pour assurer la contreextension.

4° Elle permet le contrôle radiographique des lésions.

5° Contre-indication : l'âge ou l'état des malades ne leur permettant pas de supporter la position verticale, tête en bas, pendant le temps nécessaire à la réduction d'une fracture et à la confection de l'appareil.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

**La suspension par les pieds pour la
réduction de certaines fractures
des membres inférieurs et la
confection de certains appareils
plâtrés.**

par M. Jean JOUVE

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression :

Montpellier, le 29 décembre 1952.

Vu :

Pour le Doyen,
l'Assesseur délégué :
TURCHINL

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 décembre 1952.

Le Recteur :
GUILLON.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

C A U S S E
G R A I L L E
C A S T E L N A U
— I M P R I M E U R S —
M O N T P E L L I E R
